

# Consórcio Público Interfederativo de Saúde da

Outros

### A QUEM POSSA INTERESSAR:

Solicitamos fornecimento de Cotação de Preços para o Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Feira de Santana - Portal do Sertão que administra a Policlínica Regional de Saúde da Região em Feira de Santana.

A planilha de cotação em anexo deverá ser preenchida sem alterações, todos os campos deverão ser preenchidos, deverá ser impressa em papel timbrado, assinada, datada e carimbada.

O documento deverá ser entregue em cópia até o dia **03/08/2020** através do e-mail:

comprasconsorciodesaudefsa@hotmail.com e também em original no endereço abaixo:

Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Feira de Santana - Portal do Sertão na Rua São Cosme e Damião nº 500, Bairro Santa Monica I, Feira de Santana-BA CEP: 44.077-744.

Telefone para contato: (75) 3625-8196 / 3622-0094

Diretor Administrativo/Financeiro

Responsável Técnico Setor de Compras

Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região em Feira de Santana



Consórcio Interfederativo de Saúde - Portal do Sertão

NPJ: 29.664.289/0001-25

### FORMULÁRIO DE COTAÇÃO DE PREÇOS

<b>EMPRESA:</b>	
<b>CNPJ:</b>	<b>CEP:</b>
<b>ENDEREÇO:</b>	<b>UF:</b>
<b>INSC. MUNICIPAL/ESTADUAL:</b>	<b>CONTATO:</b>
<b>EMAIL:</b>	

### INSUMO MÉDICO HOSPITALAR

ITEM	DESCRIÇÃO DOS ITENS	UND	QTD.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	TESTE, diagnostico rapido, para COVID-19, IgG/IgM, metodologia de imunocromatografia. Embalagem com dados de identificacao do produto, marca do fabricante, bula em portugues, data de fabricacao, prazo de validade e Registro no Ministerio da Saude.	Und.	250	-	-
VALOR TOTAL					-

Rua São Cosme E Damião | 500 | Santa Mônica | Feira de Santana-Ba

consorciportalosertao.ba.ipmbrasil.org.br

# Consórcio Público Interfederativo de Saúde da



**Consórcio Interfederativo de Saúde - Portal do Sertão**  
**CNPJ: 29.664.289/0001-25**

**FORMULÁRIO DE COTAÇÃO DE PREÇOS**

<b>EMPRESA:</b>	
<b>CNPJ:</b>	<b>CEP:</b>
<b>ENDEREÇO:</b>	<b>UF:</b>
<b>INSC. MUNICIPAL/ESTADUAL:</b>	<b>CONTATO:</b>
<b>EMAIL:</b>	
<b>VALOR TOTAL POR EXTENSO:</b>	

<b>PRAZO DE ENTREGA</b>	
-------------------------	--

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

**validade da proposta: 60 (sessenta) dias.**

**ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA EMPRESA**

NOME: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

**CARIMBO DA EMPRESA**